



Su Explicación de beneficios (EOB) contiene detalles sobre sus beneficios de atención médica. Recibirá un EOB por correo después de visitar a un médico o buscar tratamiento médico. Asegúrese de leer cuidadosamente su EOB, y siempre guárdelos para futuras referencias. Aquí hay algunos consejos para ayudarlo a comprender su EOB:

- Miembro:** Miembro suscrito e inscrito en el plan.
- Paciente:** Miembro que recibió servicios de beneficios según esta explicación.
- Plan:** Código de identificación que indica bajo qué servicios del plan de beneficios se prestaron.
- Número de identificación del miembro:** El número de identificación exclusivo de Superior del miembro (también debe coincidir con el número de identificación del miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación).
- Número de Reclamo:** Número único asignado a su reclamo por parte de Superior. Tendrá que referirse a el número de reclamo cuando llame a Superior con preguntas sobre el reclamo.

MEMBER		PATIENT		PLAN		MEMBER I.D.#			
SMITH, JOHN		MEGAN		PLN1		Y12345678			
CLAIM NUMBER		PROVIDER OF SERVICE		PATIENT ACCT.#		LOC EX			
45-123-6789-0		SUNRISE CARE		257.1.6672		0071 073			
SERVICE DATES FROM - THRU	CPT CODE	BENEFIT DESCRIPTION	TOTAL CHARGES	TOTAL ALLOWED	REMARK CODE	COPAY DEDUCT	MAJOR PAYMENT	BASIC PAYMENT	PERCENT PAYABLE
2/15/17	2/15/17	99204	DIAGNOSTIC X-RAY/LAB	4029.00	779.31	S03 *	100.00	543.45	80%
2/15/17	2/15/17	L1820	INFO PURPOSES ONLY			06A *			
<b>TOTALS</b>			<b>4029.00</b>	<b>779.31</b>		<b>100.00</b>	<b>543.45</b>		
<b>TOTAL BENEFITS PAYABLE: BASIC-</b>			<b>.00</b>	<b>PLUS MAJ MED-</b>	<b>543.45</b>	<b>EQUALS</b>	<b>543.45</b>		
<b>PATIENT SAVINGS/PPO WRITE OFF</b>			<b>\$3249.69</b>	<b>DEDUCTIBLE REMAINING</b>		<b>TOTAL SENT TO EMPLOYER</b>		<b>.00</b>	
<b>MEMBERS RESPONSIBILITY</b>			<b>\$235.86</b>	<b>PP \$0.00 NON \$1065.23</b>		<b>TOTAL SENT TO PROVIDER</b>		<b>543.45</b>	

MEMBER		PATIENT		PLAN		MEMBER I.D.#			
SMITH, JOHN		MEGAN		PLN1		Y12345678			
CLAIM NUMBER		PROVIDER OF SERVICE		PATIENT ACCT.#		LOC EX			
45-123-6789-0		SUNRISE CARE		257.1.6672		0071 073			
SERVICE DATES FROM - THRU	CPT CODE	BENEFIT DESCRIPTION	TOTAL CHARGES	TOTAL ALLOWED	REMARK CODE	COPAY DEDUCT	MAJOR PAYMENT	BASIC PAYMENT	PERCENT PAYABLE
2/15/17	2/15/17	99204	DIAGNOSTIC X-RAY/LAB	4029.00	779.31	S03 *	100.00	543.45	80%
2/15/17	2/15/17	L1820	INFO PURPOSES ONLY			06A *			
<b>TOTALS</b>			<b>4029.00</b>	<b>779.31</b>		<b>100.00</b>	<b>543.45</b>		
<b>TOTAL BENEFITS PAYABLE: BASIC-</b>			<b>.00</b>	<b>PLUS MAJ MED-</b>	<b>543.45</b>	<b>EQUALS</b>	<b>543.45</b>		

- Proveedor de servicios:** Doctor, ubicación o médico que prestó sus servicios de beneficios. También puede ser la facilidad de facturación que produjo los cargos facturados identificados en el EOB.
- Número de cuenta del paciente:** Número de cuenta del paciente asignado por el proveedor.
- Número de domicilio y examinador:** Ubicación de la oficina de procesamiento de reclamaciones y el examinador que procesó el reclamo.
- Fechas de servicio desde - hasta:** Fechas cuando el paciente fue tratado.
- Código CPT:** Código universal asignado a cada procedimiento que realizó el proveedor.
- Descripción del beneficio:** Tipo de servicio recibido del proveedor.
- Cargos totales:** La factura en totalidad por los servicios prestados.
- Cargos permitidos:** El total facturado menos el descuento de red por cada servicio de beneficios recibido bajo el plan.



# Como Comprender Su Explicación de Beneficios (EoB)

## 14a REMARK CODE EXPLANATION .....

- \* S03 REASON CODE: REIMBURSEMENT IS BASED UPON UCR OR GEOGRAPHIC AREA
- \* 06A DD: SEPARATE CO-PAY APPLIES TO THIS TYPE OF SERVICE

**14. Explicación del código de observación:** La explicación de este código se encuentra debajo de 14a en el cuadro "Explicación del código de observación."

SERVICE DATES FROM - THRU	CPT CODE	BENEFIT DESCRIPTION	TOTAL CHARGES	TOTAL ALLOWED	REMARK CODE	COPAY DEDUCT	MAJOR PAYMENT	BASIC PAYMENT	PERCENT PAYABLE
2/15/17	2/15/17	99204	DIAGNOSTIC X-RAY/LAB	4029.00	779.31	S03 *	100.00	543.45	80%
2/15/17	2/15/17	L1820	INFO PURPOSES ONLY			06A *			
<b>TOTALS</b>			<b>4029.00</b>	<b>779.31</b>		<b>100.00</b>	<b>543.45</b>		
<b>TOTAL BENEFITS PAYABLE: BASIC-</b>			<b>.00</b>	<b>PLUS MAJ MED-</b>		<b>543.45</b>	<b>EQUALS</b>	<b>543.45</b>	
<b>PATIENT SAVINGS/PPO WRITE OFF</b>		<b>\$3249.69</b>	<b>DEDUCTIBLE REMAINING</b>		<b>TOTAL SENT TO EMPLOYER</b>		<b>.00</b>		
<b>MEMBERS RESPONSIBILITY</b>		<b>\$235.86</b>	<b>PP \$ .00</b>		<b>TOTAL SENT TO PROVIDER</b>		<b>543.45</b>		
			<b>NON \$1065.23</b>						

**15. Copago / Deducción:** Total aplicado al copago y / o deducible del paciente.

**16. Pago principal:** Cantidad pagada al proveedor por parte de Superior en su nombre por los servicios adquiridos.

**17. Porcentaje a pagar:** Porcentaje pagado del total permitido menos cualquier copago / deducible cubierto por el plan.

**18. Ahorros del paciente / cancelación de PPO:** Descuento total de la red PPO (ahorro) por el uso de redes asociadas.

**19. Responsabilidad de los miembros:** El saldo restante / debido por el miembro al proveedor después del co-pago, el total permitido y el descuento de la red se han aplicado al reclamo. Pagadero por el miembro directamente al proveedor.

**20. Deducible restante:** Muestra el saldo deducible del miembro restante para satisfacer el deducible total disponible para el año del plan.

**21. Pago total enviado a proveedor y / o miembro por Superior.**

THIS STATEMENT IS BEING SENT FOR YOUR RECORDS, TO ADVISE YOU THAT THE FOLLOWING PAYMENT HAS BEEN SENT TO THE PROVIDER LISTED BELOW.

PROVIDER	AMT OF CHECK	CHECK NO	DATE ISSUED
SUNRISE CARE	543.45	100407	03/11/17

**23** SMITH, JOHN  
1234 OCEAN DRIVE  
IRVINE CA 92606-0000

**24** SEE OTHER SIDE OF THIS FORM FOR APPEAL RIGHTS

**22. Información de pago emitida para este reclamo** (el beneficiario, el total, el número de cheque y el pago de la fecha en la que fueron emitidos por Superior).

**23. Nombre y dirección postal del miembro del suscriptor.**

**24. La información y las instrucciones** sobre derechos de apelación del paciente se encuentran en la parte posterior de EOB.

Sí usted tiene preguntas, por favor comuníquese al Departamento de Servicio a Miembros de Superior al teléfono (844) 471-3244 o email: [memberservices@superiortpa.com](mailto:memberservices@superiortpa.com).

**Superior**   
Insurance Services